

Objednáváme dodávku pulmonální alograftu ze Specializované tkáňové banky STB85 k použití u pacienta:

Jméno a příjmení pacienta: [REDACTED]

Výška (cm):

Hmotnost (kg):

Dg. slovy + kódem: **I 35.2 - stenóza aortální chlopně s insuficiencí**

Typ plánovaného operačního výkonu: **Operace dle Rosse**

Zdravotní pojišťovna: **211**

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

* Velikost aortálního anulu (mm):

** Velikost pulmonálního anulu (mm): **30 - 31 mm**

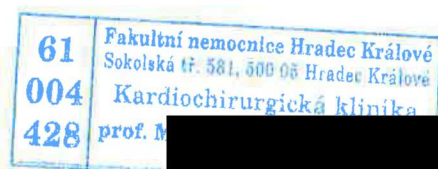
*** Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: **14.1.2019**

Operatér: [REDACTED]

Cena – 53 740 Kč

podpis, razítko



- * pokud plánujete náhradu aortální chlopně
- ** pokud plánujete náhradu pulmonální chlopně, či Rossovu operaci
- *** pokud plánujete použití mitrálního štěpu

Transplantační centrum
FN MOTOL
V Úvalu 84
150 06 Praha 5